

UNIVERSITÉ RENÉ DESCARTES

FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS-ouest

ANNÉE 1971

THÈSE

N°

23

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Aline, Henriette LECLERCQ-BRASSART

Née le 24 Avril 1939 à Coubert (77)

Présentée et soutenue publiquement le

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE L'ÉTIOLOGIE DE LA PRÉMATURITÉ :
LE TRAVAIL PENDANT LA GROSSESSE

Président : Monsieur G. BLANCHER (Professeur)

DACTYLO - SORBONNE

8, Rue Casimir-Delavigne

PARIS-VI°

1971

UNIVERSITÉ RENÉ DESCARTES

FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS-OUEST

ANNÉE 1971

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Aline, Henriette LECLERCQ-BRASSART

Née le 24 Avril 1939 à Coubert (77)

Présentée et soutenue publiquement le

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'ÉTIOLOGIE DE LA PRÉMATURITÉ : LE TRAVAIL PENDANT LA GROSSESSE

Président : Monsieur G. BLANCHER (Professeur)

DACTYLO - SORBONNE

8, Rue Casimir-Delavigne

PARIS-VI*

1971



A ma mère

A mon père

A mon mari

A notre Président de Thèse

Monsieur le Professeur G. BLANCHER

Professeur à la Faculté de Médecine
de Paris

En hommage de reconnaissance
et de profond respect

CONTRIBUTION A L'ETUDE DE
L'ETIOLOGIE DE LA PREMATURITE :
LE TRAVAIL PENDANT LA GROSSESSE

INTRODUCTION

-:-

Les nombreuses statistiques qui tentent d'établir la fréquence des naissances prématurées dans tous les pays du globe sont en général établies sur le critère pondéral de la prématurité adopté par l'O.M.S. en 1948, c'est à dire le poids de naissance inférieur à 2.500 grammes et non sur le critère chronologique, c'est à dire naissance avant la fin de la 37ème semaine de la grossesse. Les cas de notre étude faite à Poissy au Centre des Prématurés, entrent dans cette définition.

Comme le montrent de nombreux auteurs et en particulier F. GILLOT de Nantes, la prématurité pose un problème important de santé publique par la mortalité périnatale qu'elle entraîne et par ses conséquences plus ou moins tardives : la prématurité demeure une cause majeure de traumatismes cérébraux, et les infirmes moteurs cérébraux, les encéphalopathes, les retardés mentaux se recrutent en grand nombre parmi les prématurés. Pour F. GILLOT, les prématurés représentent en effet 77 % des morts précoces, c'est à dire celles qui ont lieu avant le 10ème jour. Une enquête faite en 1969 à la maternité du Havre trouve la responsabilité de la prématurité dans 37 % des décès survenant dans les 28 premiers jours de la vie. Pour LACOMME, 40 % dont les 3/4 dans les 24 premières heures.

Il est évident qu'il s'agit de chiffres globaux et que le poids du prématuré entre en ligne de compte, la mortalité décroissant lorsque le poids augmente.

La fréquence des naissances prématurées varie un peu suivant les statistiques :

- . ROSSIER (en 1952-53 au centre des prématurés bd Brune) : 7 à 8 %
- . M. VITSE, L. SILBERBERG et C. BARA : 8,5 et 9 %
- . MERGER (à la clinique Foch en 1963) : 4,7 %
- . H. GLASER (à la maternité du Havre en 1969) : 5 %.

Le chiffre du Professeur MERGER est le plus bas que l'on trouve dans la littérature : il semble que ce chiffre n'a pu être obtenu que parce que la surveillance des femmes enceintes se trouvait intégralement assurée dans le service où elles accouchaient.

Il y a en France 800.000 naissances par an, donc environ 60.000 prématurés ; si nous connaissions suffisamment bien les causes de la prématurité et si nous pouvions y porter remède, ce serait près de 45.000 nouveaux-nés que l'on pourrait sauver chaque année dans notre pays et de nombreuses infirmités motrices cérébrales évitées. P. LONGONE dans son article de mars 1971 sur la morti-natalité dit que la mortinatalité, c'est à dire la mortalité enregistrée, soit avant la naissance ou dans les premiers instants qui la suivent, soit avant la déclaration à l'état-civil, après avoir régressé de façon impressionnante (50 % en 40 ans) connaît de nouveau depuis 5 ans une courbe ascendante qui nous place en position défavorable par rapport aux autres pays européens.

Or parmi ces morts-nés, beaucoup sont des prématurés.

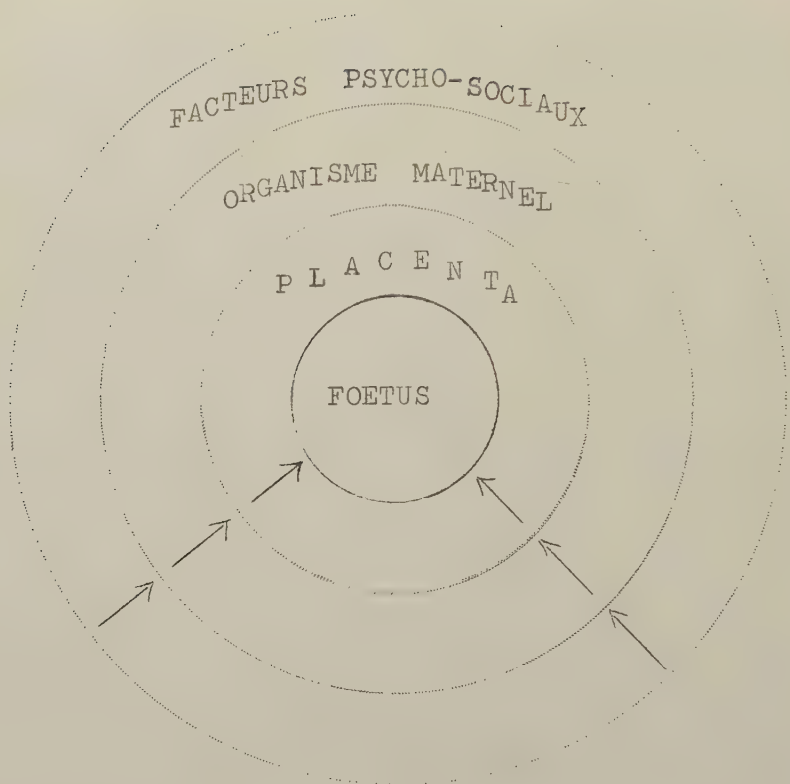
L'idéal pour préciser les facteurs étiologiques de la prématurité consisterait à pouvoir étudier un échantillon suffisamment nombreux et non sélectionné de naissances prématurées sur une population totale en tenant compte aussi bien des prématurés nés morts, échantillon qu'il conviendrait de comparer avec une série de contrôle à terme de même importance. Or notre enquête est faite à posteriori dans un centre de prématurés et ne tient donc compte ni des enfants morts immédiatement au moment de leur naissance ni de ceux dont l'état n'a pas nécessité d'hospitalisation pour des soins intensifs.

Il fallait donc aussi étudier la bibliographie de la prématuration.

F. GILLOT dans son étude sur l'étiologie de la prématurité distingue trois séries de causes de naissances prématurées :

- 1/ Facteurs foetaux ;
- 2/ Facteurs maternels ;
- 3/ Facteurs d'environnement.

Cette classification semble maintenant couramment admise. Elle apparaît dans le schéma donné par M. VITSE, L. SILBERBERG et C. BARA dans le numéro 627 de "La Clinique" de janvier 1967.



Notre contribution ne vise que les facteurs d'environnement dits médicaux-sociaux ou psychosociaux et principalement ceux qui provoquent et conditionnent l'activité professionnelle de la femme. Ainsi limitée, l'étude de la prématurité examine les causes qui en raison de leur caractère social et parfois émotionnel, échappent aux recherches organiques. Les statistiques et même l'intuition semblent nécessaires.

Quelques chiffres de F. GILLOT soulignent l'importance de ces facteurs d'environnement. Dans les pays en voie de développement la prématurité varie de 10 à 15 % alors qu'elle s'établit autour de 6 % dans les pays industriellement développés. Le ni-

veau économique, y compris les facilités d'hospitalisation, est donc influent.

Mark ABRAMOWICZ donne des pourcentages de naissances d'enfants pesant moins de 2.500 grammes dans différents pays :

U.S.A. (ensemble de la population) :	7 %
U.S.A. (population de couleur)	11,2 %
BANTU (Afrique du Sud)	11,6 %
INDIAN (Afrique du Sud)	18,3 %
CALCUTTA	34,7 %
PAYS-BAS	3,5 %
DANEMARK	4,6 %
NORVEGE	5,7 %
NOUVELLE-ZELANDE	5,6 %

En France, la proportion de 7,19 % établie à la clinique Baudelocque en 1949-1950, s'est abaissée à 4,7 % à la clinique Foch en 1963. Ainsi les femmes régulièrement suivies et acceptant les conseils de leur accoucheur depuis le début de leur grossesse ont moins tendance à présenter des prématurés. Cependant, dans les meilleures conditions d'hospitalisation, il reste à expliquer ces 4,7 % en partie peut-être par des facteurs d'environnement.

Dans toutes les statistiques il reste un pourcentage important de causes inconnues et c'est là que doivent se placer les causes sociales.

Causes inconnues ou mal précisées :

- . pour MERGER
- . statistiques américaines : 31 à 65 %

- . pour G. SHEDDEN : 43 %
- . pour I. JANSSON : 55,2 %

Dans notre essai de contribution à cette recherche, notre démarche sera la suivante :

1/ Résumé de l'enquête de Genève de H. de WATTEVILLE, B. VOLET et F. BEGUIN (août 1961 à mars 1963) ;

2/ Résultats obtenus par d'autres auteurs ;

3/ Résultats de notre étude au centre des Pré-maturés de l'hôpital de Poissy axée en particulier sur le travail des mères de prématurés pendant leur grossesse.

4/ Conclusion : actions à entreprendre.

lère PARTIE

RESULTATS DE L'ENQUETE DE GENEVE

-:-

Intuitivement les mères des prématurés attribuent leur accouchement avant terme à la nécessité dans laquelle elles se sont trouvées de travailler pendant leur grossesse. L'enquête de Genève nuance cette indication très subjective : en effet dans la généralité des cas, une femme qui se plaint de son travail vise non seulement la fatigue correspondant aux heures passées à ce travail hors de chez elle, mais aussi la fatigue résultant de l'accélération qu'elle doit donner chez elle à l'exécution des travaux ménagers, le manque de loisirs et de sommeil, la médiocrité de la vie familiale malgré ses efforts. C'est donc un ensemble de conditions sociales que vise la femme à travers son travail.

De l'enquête de Genève, nous n'avons retenu dans les conditions sociales que celles qui paraissent indubitablement liées à la prématurité.

Le tableau ci-après reproduit les éléments de l'enquête en ce qui concerne les conditions sociales. Dans la partie droite, nous avons calculé le pourcentage de prématurés correspondants, en estimant selon la loi des grands nombres, que, puisque le groupe de contrôle avait été constitué au hasard en prenant le premier cas de chaque

EXTRAIT DE L'ENQUETE DE GENEVE		Contrôle (à terme)		Prématurés		Effectif total (contrôle x 20 plus prématurés)	%
		nombre de cas	%	nombre de cas	%		
Classe sociale (du mari)	1	2	18	8	13,5	596	6
	2	26		28			
	3	97	60,5	157	58	2.097	7,5
	4	30		68		756	10
	5	4	21,5		28,5		
Total		159	100	269	100	3.449	7,7
Travail pendant la grossesse		75	47	170	63	1.670	10,2
Pas de possibilité de promenade ou repos		40	25	92	34	892	10,3
Grossesse difficile (mal supportée)		29	18	67	25	647	10,4
Logement - sans confort demi-confort confort	11	7		32	12	252	12,7
	26	16,5		62	23	582	10,6
	122	76,5		175	65	2.615	6,7
Grossesse non désirée Grossesse désirée		4 155	2,5 97,5	39 230	14,5 85,5	119 3.330	32,8 6,9

Célibataires, veuves, etc. (non mariées)	2	1,5	34	13	74	47
Tabac	14	8,7	51	19	331	15,4
Alcoolisme du père	3	1,9	10	3,7	70	14,3

N.B. - Les 5 classes sociales du mari sont ainsi distinguées :

1. Profession indépendante, libérale ou assimilable
2. Employé supérieur ou commerçant aisé
3. Employé subalterne et ouvrier qualifié
4. Ouvrier non qualifié et manoeuvre
5. Sans profession : infirme, malade, asocial

LOGEMENT : 3 catégories :

1. CONFORT : chauffage central + eau chaude + salle de bains
2. DEMI-CONFORT : chauffage central ou eau chaude, pas de salle de bains
3. SANS CONFORT : aucune des 3 commodités

série consécutive de 20 accouchements à terme, chaque unité de ce groupe pouvait être considérée comme représentative de 20 accouchements semblables.

Exemple :

- Nombre total de cas de prématurés analysés	269
- Nombre d'unités de contrôle analysées : 159	
- Effectifs correspondant à ces unités de contrôle : $159 \times 20 =$	3.180
	3.449

Pourcentage de prématurés : 7,7 %

Ce pourcentage est supérieur aux 6,9 % donnés par ailleurs par les enquêteurs. Peut-être les cas normaux non exploitables ont-ils été plus nombreux que ceux indiqués (16 cas). Quoi qu'il en soit, l'intérêt des calculs est de faire apparaître les causes de prématurité qui entraînent un dépassement du pourcentage moyen.

On remarquera que le pourcentage de prématurés se trouve sensiblement le même (10 %) dans les conditions ci-après :

- classes sociales du mari : 4 et 5
- travail pendant la grossesse
- pas de possibilité de promenades et de repos
- grossesse mal supportée.

Peut-être les différents facteurs se retrouvent-ils dans un même cas.

Autre remarque : importance des facteurs désignés comme psychiques par les auteurs du rapport :

- Mauvaises conditions du logement : 12 %
- Grossesse non désirée : 32,8 %
- Mères non mariées : 47 %

Ainsi interviennent non seulement des difficultés matérielles (10 %), mais surtout la misère morale, l'état d'anxiété de la mère mal logée ou sans soutien.

2ème PARTIE

RESULTATS OBTENUS PAR D'AUTRES AUTEURS

-:-

Au cours d'une journée organisée récemment à Paris par le Comité National de l'Enfance, l'équipe du professeur LEPAGE a présenté les résultats observés à la maternité de Port-Royal. La prématurité est à elle seule responsable de la moitié des décès des nouveaux-nés. En outre, 60 % des hémorragies méningées surviennent chez des prématurés et engendrent des séquelles psychomotrices généralement définitives. Il en va de même de l'anoxie à quoi l'on doit un contingent considérable d'inadaptation. Peut-on agir sur la prématurité ? Tout d'abord par des mesures d'ordre social. Le professeur PAPIERNICK a rappelé pour sa part un certain nombre de "circonstances favorisantes" des naissances prématurées. Il a mis au point une évaluation chiffrée du risque d'accouchement prématuré. Le but est de reconnaître lors des consultations prénatales, l'existence et l'importance du risque d'accouchement prématuré pour chaque patiente et d'aboutir ainsi à une prévention efficace. Il recherche les causes favorisantes et les signes d'examen ou d'interrogatoire. Parmi les causes dites favorisantes, les conditions sociales et économiques : le bas niveau économique, l'âge au-dessous de 20 ans, la petite taille (moins de 1,50 m), le faible poids, le mode de vie, l'activité profession-

nelle en dehors du domicile. A ces notions bien établies, il a ajouté des circonstances qui ont été retrouvées à l'interrogatoire des femmes qui avaient accouché prématurément : long trajet, travail fatigant, efforts inhabituels dans la maison. Une fiche ronéotypée est ouverte et lors de l'examen du 6ème et du 7ème mois, une évaluation du risque est établie en cochant sur la fiche le ou les signes observés et en additionnant les points pour obtenir le C.R.A.P. : coefficient du risque d'accouchement prématuré. L'avantage de cette méthode est donc d'obtenir une valorisation individuelle des risques statistiques.

Le travail et les conditions sociales sont ainsi reconnus comme des conditions favorisantes de l'accouchement prématuré, mais, comme le constate GRAFFAR, il est extrêmement difficile de séparer ce qui revient au travail de l'ensemble des conditions d'existence de la femme. Les remarques des autres auteurs confirment dans l'ensemble l'enquête de Genève.

C'est ainsi que Cecil Mary DRILLIEN indique dans "The Journal of Obstetrics and Gynecology of the British Empire" d'avril 1967 que dans les classes sociales 4 et 5, le pourcentage est de 7,8 % si la femme reste au foyer, passe à 10,4 % si la femme travaille moins de 28 semaines pendant sa grossesse pour atteindre 13,7 % si elle travaille plus de 28 semaines.

Parmi les femmes qui travaillent, pour celles où il fut établi qu'elles avaient reçu une aide domestique de la part de leurs proches, parents, amis, relations, pendant les trois derniers mois de leur grossesse, le taux de prématurés était de 7,5 % alors qu'il était de 10,7 % pour celles

qui n'avaient reçu aucune aide. DRILLIEN note qu'une semblable association entre le travail et le risque de prématurité a été trouvé par STEWARD en 1955.

Dans son article intitulé : "Prematurity : socio-economic and nutritional facteurs", A.M. THOMSON note l'influence du travail de la mère pendant la grossesse sur la prématurité. Il note l'importance de la durée du travail. Cette cause est aggravée par les conditions sociales : travail à la maison, inconfort du logement, nourriture, classe sociale du mari, surveillance médicale prénatale et éducation de la mère.

VITSE, SILBERBERG et BARA dans "La Clinique" de janvier 1967 ont noté sur 2 ans 8,5 et 9 % de prématurés dans les grands centres contre 6 % dans les cas les plus favorables. Ils indiquent à propos des facteurs médico-sociaux : "nous sortons ici du rôle de l'obstétricien qui malheureusement ne peut mettre les gestantes à l'abri des excès de travail, des dysharmonies du mode de vie, des conflits créés par les difficultés d'habitat. Il nous semble pourtant que nous touchons là un point névralgique du problème en grande partie cause de ces interruptions prématurées".

LACOMME étudiant les causes de naissances prématurées montre l'influence des facteurs sociaux. Pour lui, l'influence du travail de la femme sur la durée de la gestation est indiscutable, mais loin d'être connue, bien qu'étudiée depuis longtemps. Les femmes accomplissant un travail fatigant ont 37 % d'enfants de moins de 3 kg, et celles accomplissant un travail non fatigant 23,5 % d'enfants de moins de 3 kg. Le travail tel qu'on l'entend, c'est à dire le travail salarié, n'est pas la seule cause de fatigue pour une femme

compte tenu des différentes conditions économiques et sociales. Ce sont les femmes pauvres qui sont le plus mal logées, celles qui sont le plus mal logées qui ont le plus de peine à tenir leur ménage, celles qui sont pauvres qui doivent travailler et qui se fatiguent le plus.

C. ROUQUETTE et J. GOUGARD, étudiant les étiologies de la prématurité, constatent que les mères de prématurés travaillent plus souvent à l'extérieur.

Travail	Mères de prématurés	Témoins
non	26 %	51 %
oui	74 %	49 %

Ils notent aussi que la proportion de mères célibataires est plus élevée dans le groupe des prématurés.

Madame PINTAUD-BOMPARD, dans sa thèse faite en 1957 à Clermont-Ferrand, donne les résultats suivants :

	A terme	Préma- turés	Fréquence
Citadines sans profession	2.367	88	3,6 %
Citadines tra- vaillant	1.007	98	8,9 %
Rurales	1.471	101	6,4 %

Pour elle, Travail = risque de prématurité x 2,4.

Elle a étudié dans le temps le risque le plus élevé de mettre au monde un prématuré.

Le 8ème mois de la grossesse est l'époque la plus dangereuse.

Le 6ème mois est un cap dangereux pour la future mère qui travaille.

6ème mois = cap dangereux pour la citadine qui travaille : 5 fois plus de prématurés (activité professionnelle en cours).

7ème mois : 3 fois plus de prématurés.

8ème mois : 2 fois plus (activité professionnelle interrompue).

La fréquence de naissances prématurées pour chacune des professions est la suivante :

- commerçants : 2,23 %
- employées de bureau : 6,66 %
- employées de maison : 9,32 %
- ouvrières : 12,31 %

La fréquence de la prématurité croît donc avec l'intensité de la fatigue professionnelle.

P. VIGNES au XXème Congrès de la Fédération des Sociétés de Gynécologie et d'Obstétrique de langue française tenu à Lille en juillet 1963, a étudié les conditions sociales des femmes accouchant prématurément :

. Classes sociales :

On trouve une incidence plus lourde de l'accouchement prématuré dans les classes sociales inférieures.

. Travail pendant la gestation :

L'enquête montre qu'il y a plus d'accouchements prématurés chez les femmes qui ont travaillé pendant leur grossesse, mais elle est impuis-

sante à désigner dans la grossesse une date à partir de laquelle le travail devient spécialement néfaste. Aucune profession ne paraît en outre exposer de façon plus précise à l'accouchement prématuré, notion qui apparaît aussi dans les statistiques de 1952 du Professeur MERGER. P. VIGNES pense qu'une prophylaxie d'ordre social doit être possible pour les accouchements prématurés puisque les facteurs sociaux influencent de façon évidente sa fréquence. Mais l'accouchement prématuré est fréquent dans les couches sociales échappant à tout contrôle et beaucoup de facteurs reconnus importants sont peu accessibles aux mesures préventives.

Pour M. GRAFFAR, le risque de prématurité est plus élevé dans les classes professionnelles inférieures, celles des travailleurs peu qualifiés ou non qualifiés. Il est difficile de dissocier l'effet sur le risque de prématurité du travail de la femme enceinte de celui des autres facteurs sociaux. Cependant GRAFFAR a montré que la fréquence de l'accouchement survenant au moins un mois avant le terme était 3 fois plus élevé dans les groupes de femmes travaillant au dehors du foyer que dans les groupes de femmes ne travaillant pas. Le phénomène se manifestait avec une force égale dans les trois classes sociales principales, celles des indépendants, des employés et des ouvriers. La nature et la durée du travail de la femme enceinte exerçant une influence très nette sur le risque de prématurité.

Une enquête de GAROT sur les conditions de vie de 233 femmes ayant accouché prématurément retrouve certains de ces facteurs sociaux. Il trouve près de deux fois plus de femmes qui travaillaient que de femmes n'ayant pas travaillé pendant leur grossesse.

Fatigue :

Activité normale	135	57,9 %
Fatigue marquée	69	29,6 %
Surmenage	23	9,8 %
Pas de renseignements	6	

Ressources de la famille :

Bonne aisance	92
Ressources modestes	27
Ressources insuffisantes	29
Misère	41
Pas de renseignements	24

Conditions de logement :

Très bon	23
Bon	77
Suffisant	37
Insuffisant	25
Taudis	68

Cette enquête tend à nous faire admettre comme facteurs importants d'interruption de la grossesse : la fatigue et le surmenage, l'alimentation insuffisante ou carencée, les logements insuffisants ou les taudis. Mais tous ces facteurs coïncident souvent et s'associent à beaucoup d'autres en particulier à l'ignorance des mères et à leur négligence.

J.F. DONNELLY, dans son étude faite de 1954 à 1961 en Caroline du Nord donne les résultats suivants :

CLASSES SOCIO-ECONOMIQUES

Femmes blanches		Femmes de couleurs		
I	II	III	IV	Total
5	8,7	13,3	14,7	8,5

- Classe I : les plus favorisés dans la population blanche
Classe II : les moins favorisés dans la population blanche
Classe III : les plus favorisés dans la population de couleur
Classe IV : les moins favorisés dans la population de couleur.

Pour DONNELLY, ces observations confirment que les facteurs sociaux sont souvent associés avec les naissances prématurées mais on ne peut dire clairement quel est le facteur dominant.

Toujours aux U.S.A., pour P.H. WORTIS, la prématurité est un problème social et non un problème médical : elle est liée à la pauvreté des précautions prénatales, à la malnutrition, aux stress associés à la pauvreté.

A Chicago en 1961, il y avait :

- 7,5 % de prématurés dans les classes élevées
- 14 % dans les classes pauvres.

A New-York, respectivement 6,2 et 16,5 %.

Aux U.S.A. les femmes noires, les indiennes et les mexicaines donnent naissance à des prématurés plus que les femmes blanches. Une grande proportion des femmes des classes sociales basses ne

commencent à recourir aux soins prénataux que tard ou même ne reçoivent pas de surveillance médicale durant la grossesse. Les femmes qui travaillent peuvent difficilement aller aux consultations prénatales aux heures d'ouverture des cliniques conventionnées et c'est là une explication.

Pour J.G. VALENSI, la prématuration qu'il a étudiée à l'hôpital Charles Nicolle à Tunis reconnaît des facteurs sociaux. Il a remarqué que les femmes qui mettaient au monde des prématurés étaient plus souvent d'un niveau de vie très bas : il y a une différence entre les femmes économiquement faibles de la clientèle hospitalière et celles économiquement fortes de la clientèle privée qui ont beaucoup moins d'enfants pesant moins de 2.500 grammes.

Pour El SHERBINI, le travail influence la prématurité : il cite que durant la première guerre mondiale en Allemagne, la fréquence de la prématurité a augmenté car les femmes remplaçaient au travail leur mari.

A Aberdeen le pourcentage de prématurés varie de 7 % dans les classes sociales I et II à 30 % dans la classe sociale V.

BAIRD donne les résultats suivants obtenus sur une étude faite de 1951 à 1959.

(voir tableau page suivante)

L'exceptionnel haut pourcentage de 14,7 % de travailleuses des pêcheries est dû au fait qu'à Aberdeen c'est un groupe particulièrement "depressed" : le travail est dur et les conditions mauvaises.

CLASSE SOCIALE DU MARI	OCCUPATION DE LA FEMME					
	Profession libérale	Bureau	Vendeuse ou manuelle	Non spéciali- sée	Pêcherie	Total
I et II	3,7 %	6,9 %	6,7 %	-	-	5,6 %
III	4,4 %	6 %	6,8 %	7,5 %	12,4 %	6,8 %
IV et V	-	8,1 %	9,9 %	12 %	14,7 %	11 %
Toutes les classes	3,8 %	6,4 %	7,5 %	9,3 %	13,6 %	7,6 %

Francisco J. MENCHACA confirme ces faits. Dans la revue "Courrier" de février 1964, il note qu'en Angleterre, malgré l'assistance médicale préventive et curative, il persiste des différences entre les classes sociales dans l'état de santé de la population, par exemple dans la fréquence de la prématurité. Il ajoute que lorsque la mère a fait un mauvais usage des services prénataux, c'est à dire lorsqu'elle ne s'est présentée dans ces services qu'au cours du dernier trimestre de la grossesse, la fréquence de la prématurité est de 6,1 % alors qu'elle s'est abaissée à 4,3 % si la mère a consulté ces services dès le premier trimestre. Cette indication est à rapprocher du facteur "grossesse non désirée" de l'enquête de Genève. Il précise qu'une enquête faite à Santa Fé a fait apparaître pour 179 naissances dans les classes 4 et 5 de l'échelle de Graffar, 15 prématurés soit un pourcentage de 8,4 %, bien supérieur au pourcentage de la classe 3 (4,34 %).

Enfin il confirme sous la désignation de "facteurs culturels" le rôle des facteurs psychologiques, notamment sur la plus ou moins bonne santé de l'enfant illégitime, suivant que la communauté accepte ou repousse l'illégitimité. Il note aussi que dans les pays peu développés les normes culturelles au sujet de la maternité et de l'accouchement : acceptation de l'enfant (vraisemblablement insouciance) compensent parfois les facteurs défavorables. Certains nouveaux-nés de race noire ne pesant à la naissance que 2.250 grammes offrent une maturité équivalente à celle d'un nouveau-né de race blanche pesant 2.500 grammes.

Cette étude des facteurs socio-économiques associée à la prématurité intéresse donc tous les

pays. Au Canada 7 à 8 % des enfants nés vivants sont des prématurés et dans 30 à 40 % des cas, il n'y a pas de cause apparente à cette prématurité. Pour M. DORION, il faut placer là les facteurs socio-économiques. Un programme a été commencé en 1955 dans la province du Québec pour la prévention de la prématurité et une organisation de meilleurs services donnés par le médecin à l'enfant né prématurément. Dans le programme de prévention est prévue l'organisation du travail de la femme pour éviter le surmenage et l'anxiété.

Ces enquêteurs constatent donc, dans l'ensemble que le travail et les conditions socio-économiques défavorables sont des facteurs favorisant l'accouchement prématuré, étant entendu qu'il est extrêmement difficile de séparer ce qui revient au travail de l'ensemble des conditions d'existence de la femme.

Relevons cependant quelques exceptions à cette constatation générale :

F. GILLOT signale qu'à l'hôpital St-Antoine, des femmes d'origine étrangère, espagnoles, nord-africaines, etc., dont les conditions de vie sont cependant moins bonnes que celles de la plupart des françaises ne présentent pas une proportion de prématurés plus grande. La même remarque a été faite par F. GARCIA-ALFONSO : la proportion de prématurés (5,92 %) et le poids des nouveau-nés à la maternité de la Macarena de Séville ne paraissent pas favoriser la théorie que les conditions de vie insuffisantes constituent un facteur important de prématurité.

Il semble que des conditions psychologiques particulières peuvent rendre les facteurs sociaux

plus supportables à certaines femmes. Au sujet des mères célibataires, GILLOT indique qu'il a été prouvé que les futures mères célibataires qui peuvent accomplir la plus grande partie de leur grossesse dans des établissements leur donnant abri n'ont pas plus que d'autres des enfants prématurés (par exemple au St-Anne's maternity hospital à Los Angeles). Ainsi se trouve confirmée l'importance de l'abri et de l'acceptation.

Une enquête de B. MILOSEVIC et E. STOLEVIC à Belgrade montre que les femmes sans profession ont plus d'accouchement avant terme que celles qui travaillent :

	Sans profes- sion	Ou- vrières	Em- ployées	Insta- bles
Préma- turés	58 %	14,2 %	20 %	7,8 %
Contrô- le	50,4 %	14,9 %	25,3 %	9,3 %

Milton TERRIS a trouvé des résultats comparables. Il a étudié dans un hôpital de New-York 197 cas de naissances d'enfants noirs prématurés dont on n'avait pas trouvé de causes à la prématurité et un nombre égal d'enfants nés à terme dont l'ordre de naissance, l'âge, la situation maritale de la mère étaient équivalents à ceux du premier groupe.

Aucun rapport n'a été trouvé entre la prématurité et l'emploi tenu pendant la grossesse. La

nature du travail en dehors de la maison pendant la grossesse a été comparée pour 47 mères d'enfants prématurés et pour 50 mères d'enfants nés à terme.

Vendeuses	13 prématurés	12 à terme
Usine	20 "	21 "
Ménage	14 "	17 "

Le moment où la mère a arrêté son travail à l'extérieur n'a pas eu d'incidence sur la prématurité.

Tri- mestre	Prématurés		A terme	
1er	11	5,6 %	13	6,7 %
2ème	17	8,7 %	26	13,3 %
3ème	17	8,7 %	11	5,6 %
Sans pro- fession	150	76,9 %	145	74,4 %
TOTAL	195	99,9 %	195	100 %

MERGER a fait des constatations semblables. Etudiant 25.000 accouchements il a trouvé 1.175 prématurés, soit un pourcentage de 4,7 %. Dans 35 % des cas où aucune cause médicale n'expliquait la prématurité il donne les résultats suivants :

Dans 9 % des cas il s'agissait de femmes travaillant surtout debout (femmes de ménage).

Dans 13 %, d'ouvrières d'usines.

Dans 27 % de secrétaires ou assimilables (travail assis).

Dans 51 % des cas les femmes ne travaillaient pas.

Pour MERGER cette proportion inattendue signifie que l'on évalue mal la fatigue de la vie familiale. La multiparité y intervient d'ailleurs dans 63 % des cas. Les soins des enfants en bas âge est souvent plus pénible que le travail à l'extérieur à heures fixes.

3ème PARTIE

RESULTATS DE NOTRE ENQUETE FAITE AU CENTRE
DES PREMATURES DE L' HOPITAL DE POISSY

-:-

Notre étude a porté sur les années 1969 et 1970 et envisage 146 cas de femmes ayant donné naissance à des enfants prématurés. Un nombre important de cas ont dû être abandonnés car les dossiers ne comportaient pas les renseignements recherchés. L'interrogatoire des parents est fait en général au lieu d'accouchement : clinique ou hôpital et bien des observations ne sont pas remplies dans ces services et ensuite il est difficile de revoir les parents à l'hôpital pour compléter les observations.

Parmi les femmes ayant donné naissance à des enfants prématurés, 85 ont exercé une activité professionnelle pendant leur grossesse et 61 étaient sans profession. Nous constatons donc, comme dans l'enquête de Genève, que la proportion de femmes qui ont travaillé pendant leur grossesse est nettement plus élevé dans le groupe des prématurés.

CENTRE DES PREMATURES DE L'HOPITAL
DE POISSY 1969 et 1970

PREMATURES		
Travail	Nombre de cas	Pourcentage
Oui	85	58 %
Non	61	42 %
Nature du travail		
Bureau	29	34 %
Usine	7	8 %
Ménage	8	9 %
Vendeuse	8	9 %
Divers	33	40 %
Total	85	100 %

A l'activité professionnelle en elle-même s'ajoutent les conditions du travail.

- un long trajet entre le domicile et le lieu de travail ;
- les conditions de transport souvent inadaptées à l'état de la femme ;
- un travail professionnel fatigant ; c'est le

cas en particulier du travail en station debout ;
- les activités ménagères surajoutées

sont autant de circonstances qu'aggravent encore les exercices musculaires pénibles comme la montée des escaliers dans les immeubles sans ascenseur.

Remarquons cependant à nouveau que l'activité professionnelle est loin d'être une cause principale, même si elle résume une situation sociale défavorable puisque dans notre enquête de Poissy nous trouvons 42 % de prématurés issus de mères n'ayant pas déclaré d'activité professionnelle.

Il est d'ailleurs probable que la lassitude du métier n'est fortement ressentie par la femme que lorsque son activité professionnelle lui apparaît imposée à raison ou à tort par la carence économique de son mari : c'est parce que le mari a un degré moindre d'instruction qu'il gagne moins sa vie, qu'ils sont mal logés, que la femme est obligée de travailler, souvent à un poste pénible, et de ce fait a moins de temps à consacrer à la préparation du repas et se nourrit mal, qu'elle a des soucis économiques, qu'elle sera plus stressée.

Ceci expliquerait ces différences d'appréciation du degré de nocivité de l'activité professionnelle de la femme entre les enquêteurs qui ne considèrent que l'activité proprement dite et ceux qui la placent dans son environnement économique et familial. Dans notre enquête nous trouvons parmi les maris des femmes ayant donné naissance à des prématurés une majorité appartenant à la classe 3 : employés subalternes et ouvriers qualifiés, et à la classe 4 : ouvriers non qualifiés et manoeuvres. Pas un seul mari n'appartient à la classe des professions libéra-

les et professions indépendantes et il y a seulement 3 employés supérieurs.

C'est parce qu'une femme enceinte se fatigue qu'elle fera plus qu'une autre des infections saisonnières banales, sans importance pour elle mais importante pour le fœtus. En effet on a mis l'accent ces dernières années sur les infections inapparentes de la mère : les membranes, elles-mêmes infectées, se rompent prématurément (travaux de STAMM, BENIRSCHKESUR "Les voies de l'infection fœtale"). Nous avons retrouvé dans notre enquête de nombreuses femmes ayant fait des infections apparentes qui ont dû avoir des conséquences sur la naissance prématurée :

Infections virales :

- . Femmes sans profession : 3
- . Femmes travaillant : 3

Infections microbiennes :

- . Femmes sans profession : 1
- . Femmes travaillant : 4

Infections urinaires :

- . Femmes travaillant : 6
- . Femmes sans profession : 4

Infections vaginales :

- . Femmes sans profession : 7
- . Femmes qui travaillent : 7

Il y a donc un peu plus de syndromes infectieux chez les femmes qui travaillent que chez les autres.

Dans nos mères de prématurés, nombreuses étaient celles qui travaillaient debout : nous avons 8 vendeuses, 5 femmes faisant des ménages, soit

femmes de ménage soit femmes de service, une ouvreuse de cinéma, 2 concierges, une marinière, une assistante dentaire, une foraine, une femme faisant du porte à porte, 2 infirmières, et parmi les ouvrières d'usine certaines doivent probablement travailler debout.

Un résultat de notre enquête peut paraître curieux : c'est la proportion élevée de femmes tenant des emplois de bureau présumés peu pénibles, mettant au monde des prématurés. Il a été montré que les emplois de dactylo et de mécanographe par exemple, étaient très fatiguants, car les gestes étaient toujours répétés identiques à eux-mêmes, les mêmes muscles étant toujours mis en jeu sans décontraction. Pour y remédier dans certains bureaux on a introduit la gymnastique de pause. De toutes façons il ne faut pas considérer uniquement les heures de travail de bureau mais aussi les temps et les fatigues des parcours particulièrement importants quand il s'agit de grandes agglomérations comme Paris et sa banlieue.

Il faut noter cependant qu'un certain nombre d'accouchements prématurés ont dans notre enquête, en plus du travail de la mère, une autre cause. Mais comme le pensent certains auteurs, c'est peut-être le travail qui fait apparaître certaines de ces causes médicales.

Facteurs foetaux :

. Grossesses gemellaires :

- femmes travaillant (T) : 9
- femmes sans profession (SP) : 10

. Maladies foeto-maternelles :

- Syphilis : 1
- Infections virales : SP : 3
T : 2

- Infections microbiennes : SP : 1
T : 4
- Infections urinaires : SP : 4
T : 6
- Infections vaginales : SP : 7
T : 7

. Facteurs maternels :

- Age - moins de 20 ans et 20 ans : 23
- plus de 35 ans : 15

Ordre des naissances :

- primipares : 52
- grandes multipares : 8 (3 VIème
pares, 2 VIIème pares, 1 Xème pare, 1 XIème pa-
re, 1 XIIème pare, 1 XIVème pare)

Chute ou accident : 2

. Facteurs obstétricaux :

- placenta praevia : 3
- hydramnios : 1
- béance de l'isthme : SP : 2
T : 2
- hypertension artérielle : SP : 2
T : 8
- éclampsie : 1
- pyélo-néphrite : SP : 3
T : 3
- diabète : 1

. Facteurs d'environnement :

- facteurs psychiques :
naissances illégitimes : 10

C O N C L U S I O N

-:-

ACTION A ENTREPRENDRE

Il y aurait intérêt, pour éviter certaines naissances prématurées, à détecter les situations maternelles douloureuses sur le plan psychologique ou économique. Peut-être faudrait-il que le médecin sache obtenir de la future mère une description de sa situation aux points de vue professionnel et social. Certains éléments sont susceptibles d'atteindre plus particulièrement son équilibre : état civil (mariée ou non), grossesse désirée ou non, état de santé du père. Il faudrait aussi inciter la future mère à décrire en détail sa journée de travail : travail à l'extérieur, plus trajets, plus travaux ménagers, plus soucis particuliers. Voilà pour le rôle du médecin.

Dans ces conditions il paraît souhaitable d'assurer le mieux possible aux mères qui travaillent un allègement de leur tâche journalière à la maison, notamment grâce aux aides familiales, dans les cas où cette tâche journalière ajoutée au travail professionnel s'avère véritablement excessive. A cet effet peuvent collaborer le médecin, les services sociaux et les pouvoirs publics. Bien entendu, dans le cas d'antécédents d'accouchements prématurés, il faut prévoir d'accorder un arrêt de travail important et précoce à la future mère au cours de la grossesse.

C O N C L U S I O N S

-:-

1. Le pourcentage de femmes qui travaillent est plus élevé pour les accouchements prématurés que pour les accouchements à terme.
2. La différence est probablement encore plus importante car le travail de la future mère n'est pas toujours avoué.
3. Le travail de la mère est toutefois difficile à séparer des autres facteurs favorisant constituant l'environnement social (logement, profession du mari, etc.).
4. Il faut s'efforcer, pendant la grossesse de détecter les conditions sociales défavorables qui rendent le risque de prématurité plus élevé et y porter remède, avant tout par l'obtention d'une aide familiale.

-:-

Vu :

Le Président :

Signé : G. BLANCHER

Vu :

Le Doyen :

Signé : A. GROSSIORD

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris :

Signé : R. MALLET

BIBLIOGRAPHIE

-:-

1. M. ABRAMOVICZ
Pathogenis and prognosis of prematurity.
New England Journal of Medecine, 1966,
275 (I), p. 878-885.
2. D. BAIRD
Environmental and obstetrical factors in
prematurity, with special reference to
experience in Aberdeen.
O.M.S. Bulletin Genève, 1962, 26, n° 2,
p. 291-295.
3. J.F. DONNELLY
Maternal, fetal and environmental factors
in prematurity.
American Journal Obstetrics and Gynecology,
1964, 88, n° 7, p. 918-931.
4. M. DORION
Problème de la prématurité dans la province
du Québec.
Union Médicale du Canada, Montréal, 1958,
87, n° 9, p. 1065-1068.
5. C.M. DRILLIEN
The social and économic factors affecting
the incidence of premature birth.
The Journal of Obstetrics and Gynecology of
the British Empire, 1957, 64, n° 2.

6. C.E. FOLSONE, M.L. STONE, L. HIRSCH, B. KRUMHOLZ
Maternal factors in prematurity.
American Journal of Obstetrics and Gynecology, 1956, 72, n° 1, p. 60-65.
7. F. GARCIA ALFONSO
Influjo del nivel de vida como causa de prematuridad en Sevilla.
Revista Espanola de Pediatria, 1963, 19, n° 114, p. 683-687.
8. GAROT
Conditions de vie des femmes accouchant prématurément.
Thèse d'agrégation, 1950, Liège.
9. F. GILLOT
Etiologie et prophylaxie de la prématurité.
Revue du Praticien, 1967, 17, p. 555-562.
10. H. GLASER
A propos des accouchements prématurés.
Archives médicales de Normandie, 1970, n° 5, p. 299-305.
11. M. GRAFFAR
Aspects médico-sociaux de l'accouchement prématuré.
Bulletin de la Fédération des Sociétés de Gynécologie et d'Obstétrique de langue française.
XXème Congrès Lille, 5-8 juillet 1963, p. 369.
12. I. JANSSON
Aetiological factors in prematurity.
Acta Obst. et Gynec. Scandinav., 45, 279, 1966, p. 279-300.

13. M. LACOMME
Les problèmes de l'avortement et de la prématurité.
Cours de Pédiatrie sociale, CIE, 1961,
p. 127-135.
14. B. LONGONE
La mortinatalité.
Population et sociétés, n° 34, mars 1971.
15. F.J. MENCHACA
Facteurs sociaux de la prématurité.
Courrier, 1964, 14 (2), p. 76-81.
16. B. MILOSEVIC, E. STOLEVIC
Aspects sociaux de l'accouchement prématuré.
Bulletin de la Fédération des Sociétés de
Gynécologie et d'Obstétrique de langue
française, Lille, 1963.
17. E. PAPIERNIK, BERKHAUER
Coefficient du risque d'accouchement pré-
maturé.
La Presse Médicale, 1969, 77, n° 21,
p. 793-794.
18. PINTRAUD, BOMPARD
Aspect médico-social de l'accouchement
prématuré.
Thèse pour le Doctorat en Médecine,
Clermont-Ferrand, 1957, n° 11.
19. M.L. POTTER
Maternal factors in prematurity.
Pediatric Clinics of North America,
p. 515-526.

20. C. ROUQUETTE et J. GOUGARD
Prématurité et insuffisance pondérale.
Etude de quelques facteurs étiologiques.
Institut National de la Santé et de la
Recherche Médicale, tome 22, n° 4, 1967,
p. 733-741.
21. A. ROSSIER et F. ALISON
Enquête sur la prématurité.
Bulletin de l'Institut National d'Hygiène,
Paris, 1956, 11, n° 2, p. 401-421.
22. A. SHEDDEN, ADAM
Aetiological factors in premature labour.
Journal of Obstetrics and Gynecology, 1959,
66, 5, p. 732-736.
23. A. EL SHERBINI
Aetiology et prematurity.
The Alexandria Medical Journal, 1962, 8,
n° 6, p. 604-607.
24. J.C. VALENSI
La prématuration à la maternité de l'hôpi-
tal Charles Nicolle (Tunis). Incidence des
facteurs sociaux.
Bulletin de la Fédération des Sociétés de
Gynécologie et d'Obstétrique de langue
française, Lille, 1963.
25. A.M. THOMSON
Prematurity : socio-economic and nutri-
tional factors.
Bibl. Paediat., 1963, 81, p. 197-206.
26. M. TERRIS, E.M. GOLD
An epidemiologic study of prematurity ;
I. Relation to smoking, heart volume,
employment and physique.

American Journal Obstetrics and Gynecology,
1969, 103, p. 358-370.

27. C. VETERE

Immaturita et fattori sociali.

Maternita e Infanzia, 1966, août, p. 843-848.

28. P. VIGNES

Les aspects médico-sociaux de l'accouchement prématuré au XXème Congrès de la Fédération des Sociétés de Gynécologie et d'Obstétrique de langue française, Lille, juillet 1963.

Maternité, 1963, 12, n° 10, p. 395.

29. A. VERGA, Cl. POTOTSCHNIG

Quelques remarques sur l'étiologie de la prématurité d'après l'analyse de 1.000 observations.

XIIèmes Journées d'étude et d'information sur le nouveau-né, le prématuré et le nourrisson.

Les Cahiers du Collège de Médecine des Hôpitaux de Paris, 1961, n° 9.

30. M. VITSE, L. SILBERBERG et C. BARA

Etiologie et prévention de la prématurité.

La Clinique, 62, n° 627, 1967, p. 5-11.

31. H. de WATTEVILLE, B. VOLET et F. BEGUIN.

Les facteurs médico-sociaux dans l'étiologie de l'accouchement prématuré.

Bulletin Fédéral de gynécologie et d'obstétrique, 1963, 15, p. 173-196.

32. H. WORTIS

Social class and premature birth.

Social Casework, 45, n° 9, 1964, p. 541-543.

